

# Проблема когнітивних порушень в контексті депресивної симптоматики у хворих на посттравматичний стресовий розлад

Олександр Напреєнко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Наталія Напреєнко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Роман Долинський

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Даний текст є тезами IV науково-практичної конференції з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика». Описане нижче присвячено проблемам когнітивних порушень в контексті депресивної симптоматики у хворих на посттравматичний стресовий розлад.

## Актуальність і стан проблеми

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є поширеною проблемою у галузі охорони здоров'я (розповсюдженість ПТСР у світовій популяції становить по різних оцінках близько 3,5-4,5%) в умовах, коли сучасне населення дуже часто потерпає від воєн і інших збройних конфліктів, стихійних лих, важких психогенних травм у родині та у професійному середовищі, фізичного і психологічного насильства.

За даними Національного центра з вивчення ПТСР (National Center for PTSD), приблизно 7-8 серед кожних 100 людей хоча б один раз в житті мали ознаки ПТСР. У жінок імовірність розвитку ПТСР вище, ніж у чоловіків. Деякі психотравматичні обставини можуть підвищити ступінь ризику для людини. Водночас, схильність людини до розвитку ПТСР може бути зумовлена генетично.

Дослідження свідчать, що індивідуальна вразливість або стійкість — це важливі фактори в розвитку ПТСР. Цей розлад наразі розглядають як наслідок провокації зовнішніми стресовими чинниками уже існуючої схильності до травматизації. Вивчення близнюків виявило, що схильність до ПТСР на 40% зумовлена спадковістю.

Наразі при діагностиці найчастіше користуються переважно критеріями цього захворювання, визначеними у DSM-5 у 2013 році:

- А факт стресора - має бути присутня конкретна, чітко пов'язана з розладом і переживаннями, психотравматична подія;
- В вторгнення (інтрузія) спогадів - раптове виникнення у повсякденному житті чітких картин спогадів про травматичну подію та «флешбеків»;
- С уникнення - у поведінці пацієнта вбачається тенденція усіяким чином уникати стимулів, пов'язаних із дією травми;
- D негативні думки та настрої;

- Е зміни реактивності – найчастіше проявляються дратівливістю, гіперреактивністю, емоційною лабільністю
- F тривалість – симптоми зберігаються впродовж 4 тижнів або довше. Затримка між травматичною подією і появою симптомів не повинна перевищувати 6 місяців, оскільки пізніше причинно-наслідковий зв'язок, як правило, викликає сумніви.
- G функціональна значущість – суттєві соціальні обмеження у повсякденному житті та/або професійній сфері.
- H виключення – симптоми не спричинені іншим захворюванням, зловживанням психоактивними речовинами або вживанням інших медикаментів

У сучасному підході і з тенденціями переходу до МКХ-11, цікавим є термін «комплексний ПТСР», тобто такий ПТСР, що виникає при тривалій та хронічній психічній травматизації пацієнта.

У цьому контексті значний інтерес представляє спектр власне депресивної симптоматики, яку спостерігають при ПТСР. Адже окрім класичних проявів, що застосовують у клініці інтрузії, гіперреактивності та уникнення, додаються вагомні симптоми у вигляді пригніченого настрою, що можуть сягати рівня депресивних епізодів, часто середньої тяжкості або важких. Зазвичай вони потребують додаткової медикаментозної та психотерапевтичної корекції.

Когнітивні розлади при непсихотичних розладах, зокрема розладах психотравматичного генезу, завжди були об'єктами інтересу науковців, оскільки передбачали певні когнітивні «поламки» викривлення та навіть когнітивний дефіцит, що були зумовлені афективним компонентом.

Дане повідомлення ми присвятили аналітичному огляду сучасних публікацій (у наукометричних базах PubMed, Scopus, Web Of Science, Google Scholar, ORCID) щодо проблеми когнітивних розладів, зумовлених депресивними проявами при ПТСР, з метою розробки подальших прицільних підходів до вдосконалення медичної та інших видів допомоги особам із даними порушеннями.

## **Попередні узагальнення:**

- важливими для уваги науковців та клініцистів є когнітивні порушення у пацієнтів з ПТСР без клінічно підтвердженого органічного (судинного, інтоксикаційного, атрофічного тощо) підґрунтя;
- особливості когнітивного функціонування даної категорії хворих зумовлені у тому числі нейрофізіологічними особливостями (зокрема, функціонуванням вентромедіальної префронтальної кори – ВМ-ПФК), які чинять також певний вплив на погіршення чи, навпаки, поліпшення психічного стану в цілому, та загальний прогноз при захворюванні;
- до основних когнітивних порушень при ПТСР, що супроводжується афективними розладами, відносять важкість збереження (*ретенції*) у пам'яті суттєвих життєвих моментів, пов'язаних із психотравматичною подією, погіршення інтелектуально-мнестичних функцій;
- найчастіше когнітивні порушення супроводжуються емоційно-вольовими порушеннями з власне депресивного спектру нестерпними, болісними відчуттями «гріховності» або провини, втратою інтересу і спонукання до діяльності, що зазвичай приносила задоволення пацієнту.

Окрім власне когнітивних порушень часто спостерігаються й когнітивні викривлення, що їх супроводжують та які є також зумовленими вищезазначеними афективними порушеннями: трансформування і заміщення спогадів про психотравматичну подію; поява «флешбеків» (англ. – flashbacks) старих спогадів, які відтворюються у своїй повній яскравості, при виникненні тригерного фактору, що нагадує про психотравматичну подію; неконтрольовані спонтанні негативні думки відносно себе, навколишнього середовища, подальших перспектив, а також

неадекватні вчинки, що вкладаються у когнітивну триаду А. Бека (1979) щодо депресивних розладів про себе та свої якості характеру і вчинки («Я нікчемний»), про світ, навколишнє середовище («Ніхто мене не цінує»), про майбутнє і перспективи («Усе буде тільки гірше»).

## Висновки

На нашу думку, значущим для теоретичної та практичної психіатрії є встановлення різниці між порушенням когнітивного функціонування внаслідок власне депресивних порушень, що часто супроводжують ПТСР, та когнітивними порушеннями іншого генезу, не спричиненими власне депресивними проявами.

Важливим є проведення окремих досліджень, які б дозволили встановити взаємозв'язок між афективною симптоматикою (зокрема, найчастіше – клінічною депресією) у пацієнтів із ПТСР з порушеннями когнітивного функціонування, з одного боку, та когнітивними викривленнями (формуванням специфічних спогадів, специфічного хворобливого світогляду), з другого боку, у даної категорії пацієнтів для можливості їх попередження та більш ефективного лікувально-профілактичного впливу на них і медико-соціальної реабілітації цих пацієнтів.

## Посилання

1. Banerjee SB, Morrison FG, Ressler KJ. Genetic approaches for the study of PTSD: Advances and challenges. *Neurosci Lett*. 2017; 649:139-46. doi:10.1016/j.neulet.2017.02.058
2. Gros DF, Price M, Magruder KM, Frueh BC. Symptom overlap in posttraumatic stress disorder and major depression. *Psychiatry Research*. 2012;196(2-3):267-270. doi:10.1016/j.psychres.2011.10.022
3. Milad MR, Quinn BT, Pitman RK, Orr SP, Fischl B, Rauch SL. Thickness of ventromedial prefrontal cortex in humans is correlated with extinction memory. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2005;102(30):10706-11. doi:10.1073/pnas.0502441102
4. Tull MT, Vidaña AG, Betts JE. Emotion regulation difficulties in PTSD. *Emotion in Posttraumatic Stress Disorder*. 2020:295-310. doi:10.1016/b978-0-12-816022-0.00010-7
5. Sareen J. Posttraumatic stress disorder in adults: Epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. *UpToDate*. 2021;1(1):1. URL: <https://www.coursehero.com/file/24891375/PTSDpdf>
6. Kryshafor AA, Usenko LV, Yovenko YA, Kryshafor DA, Chernenko VH, Shaida OA. Kognitivnyje narusheniya v ostrom periode bojevoj travmy v sravnenii s sochetannoj travmoj myrnogo vremeni. *Medityna neotlozhnykh sostojanij*. 2017;6(85).
7. Friedman MJ. Overview of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *Posttraumatic and Acute Stress Disorders*. 2015:1-8. doi:10.1007/978-3-319-15066-6\_1
8. Beck AT, Rush J, Shaw B, Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford: Guilford Press; 1979.